

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

労務に服することができなかった期間を含む給与等計算期間の勤務状況及び給与等支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名		後期 太郎																
①新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む。)により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。												左記の事由による 無給休暇の日数						
令和 3 年 4 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	×	×	×	×	14	15	10 日	
年 月		16	17	18	×	×	×	22	23	24	×	×	×	28	29	30		
令和 3 年 1 月		1	2	3	④	5	⑥	7	8	9	10	11	12	⑬	⑭	15	9 日	
年 月		16	17	18	19	⑳	㉑	㉒	㉓	24	25	26	㉗	㉘	29	30		
令和 3 年 2 月		1	2	3	4	5	⑥	7	⑧	9	10	11	12	⑬	⑭	15	8 日	
年 月		16	17	18	⑱	㉒	21	22	23	24	⑳	㉑	27	28	29	30		
令和 3 年 3 月		1	②	3	4	5	6	⑦	⑧	9	10	⑪	12	13	⑭	⑮	10 日	
年 月		⑰	17	18	⑱	20	21	22	⑳	24	25	26	㉗	28	29	30		
②の期間に対して、給与等を支払いましたか?		1. はい		2. いいえ		給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		給与等計算		締日		毎月末		日		
										支払日		1. 当月		2. 翌月		25 日		
②の期間の課税対象となる給与等支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。																		
支給した給与等内訳	期間	単価(円)		1月 1 日 ~ 1月 31 日 分				2月 1 日 ~ 2月 28 日 分				3月 1 日 ~ 3月 31 日 分						
	区分			(A) 支給額(円)				(B) 支給額(円)				(C) 支給額(円)						
	基本給	10000		90000				80000				100000						
	時給																	
	手当																	
	手当																	
	手当																	
	現物給与																	
計			90000				80000				100000							
				給与等支給総額(上記(A)~(C)の合計)												270000 円		
給与等計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																		

事業主が証明するところ

令和 〇 年 〇 月 〇 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地 〇〇県△△市●●町4丁目5番6号

事業所名称 株式会社 〇〇〇

事業主氏名 代表者 愛媛 二郎



担当者氏名 愛媛 三郎

電話番号 △△△-△△△-〇〇〇〇